

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

143

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 24 Décembre 1900, à 1 heure

Par GEORGES GANTOIS

Né à Paris, le 30 mai 1862.

De l'Extirpation précoce
DANS LES
SYNOVITES TUBERCULEUSES

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. TILLAUD, professeur.

VARNIER et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 24 Décembre 1900, à 1 heure

Par GEORGES GANTOIS

Né à Paris, le 30 mai 1862.

De l'Extirpation précoce
DANS LES
SYNOVITES TUBERCULEUSES



Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur.

VARNIER et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERRIER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LEDENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
Clinique ophthalmologique.....	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	BUDIN.
Clinique d'accouchement.....	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBAËRAN.	SILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HELM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEN.	VAGUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	
		M. RIEFFEL.

Chef des travaux anatomiques.....

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND PÈRE

ET DE MA BONNE GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage d'affection profonde.

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET MON MAÎTRE

M. PINARD

Professeur de clinique obstétricale à Beaudelocq, Membre de

l'Académie de Médecine, Chevalier de la Légion d'honneur.

*Veillez, Cher Maître, agréer toute ma gratitude
en témoignage du grand intérêt que vous m'avez
toujours porté et honoré. Je vous prie d'accueillir
ma plus vive reconnaissance.*

A M. C. LYOT

Chirurgien des hôpitaux.

Qui nous a enseigné la chirurgie pendant plusieurs années et a bien voulu nous aider dans ce travail qu'il nous a inspiré. Nous lui adressons nos remerciements bien sincères.

A LA MÉMOIRE DE M. BAILLON

Professeur à la Faculté de Médecine.

Témoignage de reconnaissance à notre premier maître.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MM. SECOND, THOINOT, MAUCLAIRE, BALZER,
AUD'HUI, BOUGLÉ, GUINON, BERNARD,
DUFLOCQ, LAUNOIS, CHARRIN, LEJARS,
BERGER, DEBOVE.

Nous leur adressons nos remerciements des conseils qu'ils nous ont prodigués pendant nos études dans les hôpitaux.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT PROPOS

La synovite tuberculeuse, à grains riziformes ou fongueuse, a de tout temps, depuis les chirurgiens de l'antiquité fait le sujet d'un très grand nombre de discussions, d'écrits et de recherches, tant sur les diverses interprétations de sa nature que sur ses différents modes de traitement.

Mais aujourd'hui, les nouveaux procédés d'investigation, l'histologie et les inoculations, ont permis d'établir des données à peu près définies sur la nature exacte de cette affection et de créer sur ce point une idée généralement admise, c'est-à-dire celle de la tuberculose.

La question du traitement n'est pas tout à fait aussi déterminée et unifiée, bien que d'une manière générale il ait été complètement transformé et qu'il ait profité dans une très large mesure de tous les progrès que l'antisepsie a fait naître, il existe encore une diversité de procédés, même d'anciens qui sont encore appliqués avec plus ou moins de succès.

Il y a cependant un mode de traitement opératoire connu, qui mériterait d'attirer l'attention, on le trouve cité dans la plupart des anciens ouvrages, il est conseillé dans l'*Encyclopédie méthodique de 1790*.

Ce procédé, c'est l'Extirpation ; elle a été pratiquée

autrefois par les chirurgiens les plus hardis, et dans quelques cas, avec plein succès, alors que l'antisepsie n'existait pas ; à l'heure actuelle, on possède les moyens d'agir sans avoir à craindre les interventions chirurgicales ni leurs graves conséquences d'autrefois si redoutées des praticiens avant l'apparition de la méthode Listérienne.

En nous basant sur un certain nombre d'observations dont la plupart nous sont personnelles, et vu les avantages du pronostic et du traitement que présente l'Extirpation faite d'une façon précoce, nous la préconisons dans ce travail parce qu'elle nous semble le procédé d'avenir.

INTRODUCTION

L'affection qui nous occupe a porté différents noms et les premiers observateurs des kystes à grains riziformés paraissent être Goyrand d'Aix 1834 et Dupuytren 1839, ce dernier les nommait tumeurs hydatiques, Michon les nommait kystes hydatiques, Lisfranc et Chassaignac 1844 les prenaient pour des cancers ou des sarcomes termes déjà mal connus à cette époque. Larrey 1856 faisait la même erreur. Vidal les appelait ganglions. Gosselin dans sa clinique chirurgicale les nommait hydropisie enkystée des bourses séreuses. Velpeau les nommait kystes synoviaux tendineux à grains riziformes, Cruveilhier dans son anatomie pathologique en fait une dépendance des tumeurs blanches.

La connaissance de cette maladie a commencé avec les travaux de Deville en 1851, il présente à la Société de chirurgie un fait qu'il intitule (Lésion chronique des bourses séreuses.) Michon et Legouet (thèse d'agrégation, 1857) et vraiment avec la thèse de Bidard 1858 inspirée par Verneuil que s'ouvre l'histoire des synovites. Quant à leur nature, elle fut définitivement établie par analogie avec les synovites articulaires par Terrier et Verchère. *Revue chirurgicale* 1882.



PATHOGÉNIE

Sur la nature des grains riziformes la Soc. de Chir. 1881, t. VII, p. 404, rapporte que deux théories étaient en présence : celle de Velpeau qui veut que ces grains soient le résultat d'un exsudat fibrineux, et celle de Virchow qui les considère comme des excroissances, des végétations de la face interne de la synoviale.

Dans la *Revue de Chirurgie* 1882 on lit page 551 : En résumé, dans ces diverses observations comme dans la nôtre, on a noté l'existence de zones de cellules embryonnaires, l'oblitération des capillaires des néo-formations, enfin l'existence des cellules géantes. Or, tous les auteurs que nous venons de citer n'ont pas hésité à faire de cette affection qu'ils avaient sous les yeux une *tuberculose des séreuses articulaires*, il nous est donc permis, par comparaison, de rapporter les altérations que nous avons constatées chez l'une de nos malades à la *tuberculose des séreuses ou gaines synoviales*.

Nous nous sommes efforcés de rechercher si cette tuberculose des synoviales avait été déjà signalée, et nous avons pu trouver deux observations se rapprochant beaucoup des nôtres ; elles sont dues à Lancelleaux et au professeur U. Trélat.

En 1878 M. Lannelongue, *Bulletin de la Société Chirurgicale*, t. VII, p. 295, attire l'attention sur une

arthrite tuberculeuse caractérisée par des granulations miliaires de la synoviale articulaire, il dit qu'il la croit assez fréquente, qu'il en a déjà eu la preuve deux fois à l'amphithéâtre.

On lit plus loin : que ces formes seraient primitives et probablement curables. Plus tard, en 1882, *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. VIII, p. 504, Lannelongue disait : il est hors de doute aujourd'hui que la tuberculose peut apparaître primitivement sur les synoviales articulaires ; saines jusqu'à là. Pour mettre cette proposition au dessus de toute contestation, il suffit d'invoquer les faits complètement observés, où l'on a étudié avec soin les synoviales et les autres parties constituant de la jointure, c'est-à-dire les épiphyses.

La nature tuberculeuse de la synovite fongueuse ainsi que celle de la synovite à grains riziformes est aujourd'hui un fait acquis et incontestable ; la clinique, l'histologie et les inoculations expérimentales en ont donné des preuves largement suffisantes ; nous ne ferons que citer les noms des expérimentateurs ; Nicaise, Poulet et Vaillard en 1885, Terrion, H. Martin, Wallich, Reynier et Jalagnier, Schuchardt qui ont obtenu des preuves en faveur de cette assertion. Lorsque l'histologie n'a pas trouvé de bacille de Kock, l'inoculation expérimentale n'en a pas moins déterminé chez des cobayes ou des lapins la généralisation tuberculeuse avec présence de bacilles.

ÉTIOLOGIE ANATOMIE PATHOLOGIQUE SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Nous serons très bref sur ces chapitres qui sont extrêmement bien développés dans les bons ouvrages, ensuite les traiter ce serait nous éloigner de notre but qui est celui de préconiser un mode de traitement.

Certaines professions, nécessitant des mouvements exagérés, favorisent l'apparition des synovites, les pianistes, les couturières, les serruriers pour le membre supérieur, les marcheurs, militaires, garçons de courses, frotteurs pour le membre inférieur, chez les enfants, les vieillards et surtout chez les adultes.

Les plus fréquentes siègent au poignet. Le début est lent et incidieux.

Les lésions débutent par la séreuse qui se dépolie, se couvre d'élevures qui aboutissent à se fusionner et à remplir la cavité de la gaine synoviale, dans laquelle on trouve généralement en très petite quantité un liquide filant et épais, très légèrement coloré en jaune, il tient souvent en suspension de petits grumeaux qui sont des fongosités tuberculeuses. Dans les synovites à grains riziformes, on trouve dans ce liquide de petits corps opalescents et à peu près de forme et de volume de grains de riz cuit en quantité variable. Le plus souvent le tendon est absolument sain et glisse

facilement dans les fongosités, dans des cas très rares, alors il est dépoli, bourgeonnant et adhérent à la masse fongueuse tuberculeuse la même que l'on trouve dans les synovites articulaires. La tumeur formée par le sac synovial est souvent un peu saillante, rarement, elle l'est beaucoup.

Les troubles fonctionnels sont peu accusés, il y a quelquefois un peu de flexion ou d'extension suivant le siège de la tumeur. La douleur généralement faible fait parfois défaut, rarement elle est violente. Le volume de la tumeur est en moyenne celui d'une coquille de moule.

La tuméfaction accompagne les mouvements de flexion et d'extension ; lorsque le tendon est relâché, on peut imprimer à la tumeur des mouvements de latéralité ; elle est bosselée, fluctuante et dans les cas de synovite à grains riziformes, on perçoit pendant les mouvements une sensation caractéristique, c'est le bruit de chainons assez comparable à une crépitation amidonnée.

PRONOSTIC

Les chirurgiens ont toujours hésité devant une intervention sanglante qui le plus souvent exposait le patient à des accidents plus graves que la maladie.

L'accident consécutif le plus redouté était l'inflammation suppurative qui déterminait la dégénérescence fongueuse, la formation de trajets fistuleux rebelles, l'ulcération du kyste, l'adhérence des tendons ou leur destruction.

Actuellement. — L'opération antiseptique ; l'extirpation, remarquable de simplicité est le moyen le plus rapide et le plus sûr de rétablir la restauration fonctionnelle intégrale sans accident ni complication.

TRAITEMENT

Les progrès amenés par l'antisepsie et la connaissance de la nature de cette maladie ont apporté des transformations complètes dans le traitement. Il y a environ vingt-cinq ans l'intervention dans cette affection était suivie de tant d'échecs et d'une façon si constante que Nélaton, Gosselin et la plupart des chirurgiens la repoussaient d'une façon presque formelle. En 1875, Faucon venait à la Société de chirurgie exprimer hautement son embarras sur ce point.

Verneuil disait à la Soc. de chir., t. VII, 1881, p. 750.

« Les tentatives de traitement des kystes du poignet avaient de si fâcheux résultats avant l'invention des pansements antiseptiques, que j'étais arrivé il y a une dizaine d'années à refuser toute opération. Actuellement les conditions sont changées du tout au tout. J'ai réussi pleinement dans trois cas dont le premier est dans la thèse d'une de mes élèves. »

Le traitement est la partie principale de ce travail, aussi lui laissons-nous la place qu'il exige pour le développement des procédés anciens et modernes.

Nous le divisons de la manière suivante :

<i>Traitement ancien.</i>	{	Medical	{	non sanglant.
		Chirurgical		sanglant.

Traitement moderne : Chirurgical.

α) Incision. $\left\{ \begin{array}{l} \text{Curettage.} \\ \text{Excision.} \end{array} \right.$

avec ou sans drainage.

b) Extirpation.

A chacun des principaux nous joignons quelques observations pour exposer leur valeur et nous consacrons le développement nécessaire au traitement que nous préconisons en y réunissant un certain nombre d'observations personnelles et nous terminons par les conclusions.



TRAITEMENT MÉDICAL

Il serait inutile de rappeler les moyens empiriques auxquels, dans les campagnes, on recourait encore au siècle dernier; les moyens les plus ridicules furent employés par ignorance ou par superstition pour faire *fondre* comme on disait, la tumeur; il va sans dire que le résultat n'était jamais obtenu dans les vrais cas de synovite fongueuse. Dans l'*Encyclopédie méthodique* au mot « Ganglion » on recommande de frictionner fortement avec le pouce plusieurs fois par jour la tumeur, etc.

On a quelquefois employé avec succès, dit Cloquet, *Dictionnaire de médecine* mot « ganglion » les applications résolutives, telles que les dissolutions d'acétate de plomb, de sulfate de zinc, des décoctions de tan de noix de galle, etc. En Angleterre on employait l'huile d'origan. S. Cooper assure avoir vu souvent des ganglions même fort gros, diminuer de volume par l'emploi de ce médicament; mais il avoue que presque toujours la tumeur reprend son volume dès qu'on cesse l'application.

On eut également recours aux manuluves alcalins, aux frictions aromatiques, aux pommades fondantes, mercurielles et autres en applications et en frictions, à l'emplâtre de Vigo; à l'application de chlorhydrate de

morphine en solution concentrée à 15 0/0 que l'on employait en compresse ou en poudre que l'on repandait sur la tumeur. Laennec employait le chlorure de sodium à la dose élevée de 100 grammes par jour en traitement interne et en applications locales ou bains comme traitement externe; Bégin recommandait les résolutifs, les astringents, mais il n'appliquait ces topiques qu'après avoir prescrits le repos complet où la saignée locale, s'il existait la moindre complication, douleur, chaleur, ou engourdissement. L'alcool pur a été employé pour la première fois par le Dr Houzelot de Meaux, Michon, *thèse de professorat*, 1851, cite une observation d'un terrassier belge guéri par ce traitement. Nélaton, *Gazette des Hôpitaux* 1851-52, a employé l'alcool pur associé à la compression. Legouest, *Thèse d'agrégation* 1857 emploie aussi ces deux procédés et pense que c'est à la compression, qu'il faut attribuer les quelques succès que l'on obtient. Il dit : comme l'emploi de ces moyens est sans danger on peut céder au désir des malades.

Les révulsifs laissent des traces et causent de la douleur sans être plus efficace, on s'est servi aussi de la pommade ammoniacale, de l'emplâtre stibié et surtout des vésicatoires renouvelés tous les 8 jours. Legouest emprunte trois guérisons à Larrey, succès douteux car les malades n'ont pas été suivis. On a pratiqué des frictions avec la pommade iodo-iodurée; la teinture d'iode en application (Observ. de Polaillon) et par la méthode endermique, Bonnet de Lyon en publie quelques succès *Bulletin de thérapeutique* 1852.

Broca le croit et à l'appui de son opinion cite deux cas de guérison durable des kyles péritendineux. Velpéau associait les pommades fondantes, les révulsifs les topiques salins l'alcool et dit avoir guéri 4 malades de tumeurs en bissac et crépitantes de la région palmaire. La thèse de Fayolle cite une observation où le malade est traité par la compression et des applications sur les tumeurs d'amadou imbibé de chlorydrate d'ammoniaque, sort guéri du service de M. Tillaux et rentre dans ce service 1 mois 1/2 après avec des tumeurs aussi grosses qu'à sa première entrée.

La Compression.

La compression a été très souvent employée seule ou combinée à d'autres moyens depuis les temps les plus reculés ; on l'appliquait en permanence ou par intervalles.

La compression permanente fut la plus généralement employée, bien qu'elle n'ait probablement jamais guérie de vraies synovites fongueuses.

Lorsqu'elle est méthodique, continue et bien surveillée, elle a certainement des avantages et l'on a souvent attribué des vertus à des agents thérapeutiques qui n'agissaient en réalité que par la compression employée simultanément.

La compression se fait avec de l'ouate que l'on applique sur la région malade et que l'on serre à l'aide de bandes modérément serrées au début et en serrant de plus en plus petit à petit ; pour la rendre plus ac-

tive on interpose quelquefois une pelote ou une compresse graduée entre la tumeur et la bande.

Elle exige une surveillance active pour éviter les accidents qu'elle a bien des fois déterminés ; elle amène presque toujours une diminution de volume mais passagère car la tumeur comprimée reprend bientôt sa forme naturelle dès que cesse la constriction.

La compression même observée n'est pas toujours facilement supportée des malades et il n'est pas rare de voir au 2^e ou 3^e jour, des patients ne pas pouvoir la tolérer.

« D'une manière générale son effet immédiat est de gêner le jeu des organes, de diminuer la vitalité des tissus et si la compression est suffisamment forte et soutenue, surtout si elle est énergique et violente, ces lésions suivent une marche fatalement régulière depuis l'arrêt de la circulation jusqu'à la mortification des parties sur lesquelles elle s'exerce. Elle a quelquefois pour dernier terme la *gangrène* » (Dict. Dechambre).

Elle détermine quelquefois de l'œdème ou comme dans un cas que rapporte Faucon, *Gaz. des Hôp.*, n^o 13, 1875 des spasmes hystériformes chez une femme nerveuse. Fayolle, thèse 1874, obs. XI, cite qu'elle amène du gonflement de la main et des douleurs tellement vives que le malade ne peut la supporter. Sam. Cooper l'accuse de causer l'inflammation et la dégénérescence de la tumeur irritée en tumeur fongueuse de mauvaise nature. *Dict. de chirurg.*

Elle peut provoquer la migration d'une partie de l'épanchement dans un point distinct du siège. Fayolle

(*loc. cit.*) p. 32 rapporte une observation de Dupuytren (leçons orales), où la tumeur passa par suite de la compression brusque exercée sur la face palmaire de l'annulaire dans la paume de la main.

Mais on lui rattache aussi des succès et la thèse de Guillaud 1875, rapporte que Broca a par devers lui deux cas de guérison de kyste tendineux du jarret.

Dans les kystes à parois peu épaisses et sans résistance elle peut agir par écrasement et produire la rupture du kyste, mais il est rare dans ces cas qu'il ne récidive pas.

Dans la compression par intervalles, on recommandait au malade de comprimer tous les jours leur tumeur avec les pouces ou avec des morceaux de lame de plomb que l'on maintenait un certain temps sur la tumeur.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Non sanglant.

L'Écrasement.

L'écrasement consiste à déterminer la rupture de la membrane du kyste à l'aide d'une forte pression et instantanée ou d'un corps porté sur la tumeur qui appuie habituellement contre les parties résistantes pour faire passer et disséminer son contenu dans le tissu conjonctif environnant où il est à peu près résorbé. Les anciens connaissaient et employaient déjà ce procédé.

Aujourd'hui le manuel opératoire est fort simple ; l'opérateur saisit et immobilise entre ses mains le membre du patient, puis, avec ses pouces superposés et appliqués immédiatement sur la peau, il presse de toutes ses forces sur la tumeur avec ou sans interposition d'un corps résistant. Sabattier se servait d'une pelotte, d'un cachet garni, ou d'une pièce de monnaie ; on a conseillé, dans ce cas, de placer le membre du malade sur une table, pour point d'appui.

Mais il n'est pas de praticien qui ignore combien est difficile de parvenir à rompre le kyste par ce procédé, ni, ce qu'il est fréquent de voir des tentatives infructueuses et douloureuses, surtout quand le kyste

est ancien et que ses parois sont épaissies ou qu'il a déjà été soumis à d'autres traitements. C'est alors, dans ces cas, qu'on eut recours à des procédés de violence. Job van Meeck conseillait un vigoureux coup de poing sur la tumeur, le membre étant placé sur un plan résistant. Thierry se servait d'un étau matelassé dans lequel il fixait le membre et modérait la graduation avec la vis. Bégin, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, applique un bandage compressif pour maintenir rapprochées les parois du kyste, afin d'en obtenir l'adhérence, la cavité étant ainsi effacée. Marchal de Calvi, rapporte le procédé de Denis, qui consiste à faire, plusieurs fois par jour, des percussions sur la tumeur avec le dos d'une cuillère, pour déterminer le ramollissement des parois du sac et faciliter ainsi son écrasement par une pression un peu forte (*Comp. de chir.*) Broca et d'autres nomment broiement sous-cutané un écrasement pratiqué au moyen de scarifications de la paroi interne du sac; Ware, Pott, Marshall-Hall employaient ce procédé; il se pratiquait par une incision que l'on faisait au tégument par laquelle on introduisait obliquement sous la peau un ténotome pour diviser la paroi du kyste dans tous les sens puis on appliquait ensuite un bandage compressif. Guillaud dit dans sa thèse de 1875 l'avoir vu employer par M. Duploux sans succès. *L'Encyclopédie méthodique* dit au mot « ganglion » que : Quelques-uns ont recommandé de frapper la main affectée sur une table et de frapper plusieurs fois le ganglion avec le poing, ou même avec un marteau de bois.

En outre que ces procédés déterminaient des accidents inflammatoires plus ou moins étendus et tout en provoquant des douleurs extrêmement vives, ils ne déterminaient pas de résultat plus heureux que la compression à laquelle on peut le rattacher car il n'est en quelque sorte qu'une compression brusque et exagérée. Ce procédé a du reste été bientôt abandonné.

L'injection modificatrice.

Les injections irritantes ont été proposées et employées depuis bien longtemps et ce sont les échecs des différents traitements des synovites qui amenèrent Velpeau à associer la ponction à l'injection iodée ; il considérait cette pratique comme la meilleure toutes les fois que le kyste était facile à atteindre.

Les injections parenchymateuses avec la seringue de Pravaz ont donné des résultats. La thèse de Kyriacou, 1872, rapporte que « M. Richet injecte le perchlorure de fer et la teinture d'iode en solution très étendue et qu'il a obtenu la disparition de la tumeur qui siégeait au niveau du cul-de-sac supérieur, M. Labbé guérit un cas semblable avec les injections de teinture d'iode, M. Panas, à l'hôpital Saint-Louis, observe deux guérisons par les injections de la liqueur de Villate. »

Michon, th. d'agrég. 1851, rapporte une observation de Chassaignac où le kyste après irrigation à l'eau

tiède est traité par des injections de teinture d'iode et une compression modérée, en une dizaine de jours le malade sortit de l'hôpital en état de guérison complète. On a employé en injection : la teinture d'iode par 4 à 5 gouttes tous les deux jours. La solution de sulfate de zinc au 1/10 Lefort, 8 à 16 gouttes de la solution additionnée de trois fois sa valeur d'alcool ; la liqueur de Fowler. L'éther idioformé à 5 o/o recommandé par Verneuil a donné de bons résultats surtout dans les cas de tuberculose récente lorsqu'elle est associée à la compression et au traitement général. Le professeur Poisson publie deux observations de succès par ce traitement dans la *Gazette médicale de Nantes* 1891, p. 37.

Ce traitement a l'inconvénient d'exiger souvent plusieurs mois. Lannelongue dit dans le *Bull. méd.* 1891, de la méthode de M. Verneuil, qu'elle est bonne mais que ses effets tardent souvent à être définitifs et que la guérison n'est pas toujours obtenue.

M. Sieur dans *Lyon méd.*, 1896, LXXXII, p. 468, dit : Nous n'avons pas eu recours aux injections modificatrices d'iodoforme et crésyl, etc., parce qu'elles exigent pour réussir un temps très considérable qui rend possible les inoculations de voisinage. Il en est de même pour la méthode de Lannelongue (de Paris), qui peut être bonne dans certaines formes péri-articulaires ou articulaires de la tuberculose, mais qui ne saurait convenir aux cas analogues au nôtre dans lesquels la synoviale articulaire et la synoviale tendineuse sont en quelque sorte adossées.

Bégin 1832 *Dict. méd. et chirurg. pratiq.*, t. VIII, art. « ganglion », écrivait : La ponction suivie de l'injection d'un liquide irritant dans la tumeur, préalablement vidée, présenterait certainement plus de dangers encore que l'incision ou l'extirpation, car le contact du liquide injecté serait plus nuisible encore pour la surface interne de la gaine synoviale, que celui de l'air atmosphérique. Ce procédé doit donc partager le sort des deux autres (il voulait parler de la compression et de l'écrasement) et être rejeté d'une pratique prudente. Afin d'éviter l'entrée de l'air dans la cavité kystique, on recommandait de pratiquer l'introduction du trocart assez loin de la tumeur pour obtenir un long trajet sous-cutané formant une barrière à l'air. Dans le but d'augmenter l'action de l'injection modificatrice on conseillait de vider la poche kystique, et de la laver à l'eau tiède pour la débarrasser de son contenu. L'injection modificatrice était maintenue 10 minutes environ dans la poche kystique après quoi on l'expulsait en la refoulant soigneusement par la canule à l'aide de pressions pratiquées sur la tumeur.

Comme presque toujours en pareilles circonstances, quelques heures après ces injections dans le kyste, des phénomènes douloureux se réveillent avec augmentation du volume de la tumeur et un peu de fièvre, mais disparaissent vers le 3^e ou 4^e jour, puis, a lieu la résorption du liquide et l'oblitération du kyste après quelques semaines. Il peut arriver qu'une première

intervention ne suffise pas et nécessite d'être répétée plusieurs fois.

La méthode sclérogène déjà mise en pratique et publiée par M. Lefort 1879 (*Bulletin Académique* 1891), a pour but d'arrêter et d'enkyster le processus tuberculeux par une zone de tissu scléreux provoqué et obtenu à l'aide d'injections de substances modificatrices telle que le sulfate de zinc par Lefort ; le chlorure de zinc par MM. Lannelongue et Achard 1890, *Bulletin Académique*, dans les tissus avoisinant le foyer tuberculeux ou dans le foyer lui-même. Bums, Kraüse, Heusner, Wendelstadt et Treundelenbourg, dès 1885, ont fait des injections intra-articulaires, à l'huile iodoformée. Broadbent aurait, dès 1867, préconisé les injections interstitielles pour le traitement du cancer.

Parmi les vingt-deux observations que M. Lannelongue a lues à l'Académie et qui sont publiées dans le *Bulletin Académique* 1891, de la page 33 à 55, qui toutes ont amené une amélioration par l'application du traitement de la méthode sclérogène, nous en rapportons une, qui a déterminé la guérison :

Ostéo-arthrite tuberculeuse du coude gauche, non suppurée et non ouverte.

Chernal (Eugénie), 13 ans et demi, entrée le 18 mars 1891, opérée il y a 18 mois d'un abcès à la face postérieure du coude ayant son origine dans le cubitus.

Etat actuel. — L'olécrâne est encadré par deux bourrelets cylindriques saillants formés de fongosités molles, dépressibles, presque fluctuantes, entre lesquels il se trouve comme enfoncé.

Ces bourrelets correspondent aux culs-de-sac latéraux de la synoviale. Cubitus douloureux à la pression.

Mouvements gênés et douloureux, surtout pour l'extension et la supination complète qui ne peuvent s'obtenir. Muscles du bras et de l'avant-bras atrophiés. Pas de ganglions épitrochléens. Deux gros ganglions axillaires; l'un, un peu mou, volumineux comme une noisette; l'autre, légèrement moindre.

Injectons : 8 injections du 24 mars au 27 mai.

3 — (solution au 1/40^e), 24 mars, 8 avril,
15 avril.

1 — (solution au 1/20^e), 29 avril.

4 — (solution au 1/10^e), 6 mai, 13 mai,
20 mai, 27 mai.

Résultats. — Tous les mouvements, même l'extension et la supination, s'opèrent complètement et sans déterminer de douleur. Gonflement élastique des fongosités qui se sont transformées.

Poids. — Primitif : 40 kil. 500, le 25 mars; diminue d'abord, 40 kil. 100 le 25 avril; puis augmente régulièrement, 41 kil. 100 le 13 juin.

Température : elle n'a jamais atteint 39 degrés, mais à la suite des deux premières injections, elle a oscillé entre 38 et 39 degrés, ce qui explique la diminution du poids.

Résultat définitif. — Guérison.

Ponction.

La ponction est *simple et directe*, elle se fait avec un bistouri étroit ou avec un trocart et le liquide est évacué par la canule; *oblique*, elle a réussi trois fois

dans les mains de Bégin avec immobilité et compression, on utilise la mobilité des téguments sur la tumeur pour empêcher l'entrée de l'air dans le kyste. Ces procédés ne sont pas sans danger d'après Maligne, *Revue de Médecine et de Chirurgie* 1848, t. III, p. 315, l'épanchement se reproduit en peu de temps. Jarjavay l'associait à la compression, il eut à s'en louer.

Quand on se décide pour la ponction, il est préférable de la faire sous-cutanée. Cumin de Flascow, *Archives de Médecine*, t. XIV 1827, p. 252, on lit :

« L'expérience a démontré depuis longtemps les dangers de l'extirpation des ganglions, opération abandonnée et remplacée par l'écrasement pratiqué par la pression ». Cumin pratique la ponction oblique à l'aide d'une aiguille à cataracte qu'il introduit obliquement sous la peau jusque dans la tumeur qu'il vide ensuite en appuyant avec les doigts sur sa surface, ensuite il la comprime avec un bandage roulé. Il assure avoir obtenu des succès par ce procédé qui, dit-il, n'est pas applicable à tous les cas. Par exemple, quand la tumeur est peu saillante, que les téguments qui la recouvrent sont épaissis ou enflammés, c'est le contraire quand elle est distendue, translucide, roulante sous la peau.

La thèse de Legouest 1857 dit : « La ponction simple forme la transition des procédés sous-cutanés et des procédés exposant la surface interne du kyste ». On peut dire qu'elle n'est qu'un moyen palliatif. M. Chailly a proposé de faire la ponction à la base de la tumeur pour éviter de fermer son ouverture par la compression

nécessaire à la guérison, alors le liquide peut sortir sans obstacle.

Legouest dit, p. 73 : « Si l'on a recours à la ponction ce n'est pas une aiguille à cataracte qu'il faut employer ni un trocart un peu fin qui s'obstrue facilement, nous préférons le bistouri étroit ou le ténotome ».

Les incisions sous-cutanées simples ou multiples réunissent d'assez bonnes conditions en leur donnant une certaine étendue s'il n'était à craindre qu'on amenât dans les parties, par ces dilacérations, quelques graves désordres ; ou qu'en divisant quelques filets nerveux on ne produisit des douleurs et des pertes de sensibilité pénibles et plus ou moins durables.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Sanglant.

L'Incision.

L'incision consiste dans l'ouverture du kyste pour le débarrasser des liquides et des corps solides qu'il renferme, puis d'atteindre son oblitération par l'accolement de ses parois. Mais souvent il arrivait que la plaie se refermait avant le kyste ; pour éviter cela, on la badigeonnait avec une solution de nitrate d'argent de perchlorure de fer, d'ammoniaque, et on y interposait de la charpie ou un séton enduit de sérat comme faisait Dupuytren pour assurer la suppuration. Souvent l'incision simple ne suffisait pas, quand le kyste était en bissac, il pratiquait l'incision multiple par contre

ouverture ou quelquefois il fendait le ligament annulaire.

Nélaton, 1868, pratiquait l'incision et combattait l'inflammation par des irrigations d'eau froide ; d'autres employaient la glace en permanence.

M. Nicaise, en mai 1881, à la Société de Chirurgie, met à l'ordre du jour le traitement des synovites par l'incision et la méthode antiseptique.

C'est seulement quand apparut l'antisepsie que l'incision devient pratique et compte quelques succès.

Le *Bulletin de la Société de Chirurgie* 1881, publie une observation de M. Notta, de synovite tendineuse à grains riziformes du poignet et de la paume de la main. Incision. Pansement de Lister. Guérison. Durée du traitement, 6 mois.

Humbert, *Bull. Soc. chir.* 1882, t. VIII, p. 707, cite l'observation d'une femme de 27 ans. Synovite des fléchisseurs de la main droite. Kyste tendineux à grains riziformes.

Traitement. — Incision, antisepsie, immobilisation et compression ; traitement, 6 semaines. Considérée guérie, elle reprend son travail.

Cette guérison sera-t-elle durable ? Verrons-nous au contraire une récurrence ? Tel est le point qui a été discuté par la Société de chirurgie chaque fois que cette question a été à l'ordre du jour.

Schwartz 1883 est l'un des premiers qui ajoute le curettage de la gaine pour enlever les fongosités à l'aide de la curette de Volkmann en remplacement du tube

élastique que l'on employait dans le même but en lui donnant un mouvement de va et vient; il fut bientôt imité, Vaillard, Poulet, Nicaise 1885, Poisson, etc.

Comme on le voit, le procédé de l'incision a peu changé en lui-même, mais on peut dès lors éclairer le champ opératoire par de larges incisions, sans craindre ces intarissables suppurations qui effrayaient les praticiens qui osaient l'affronter.

Le curettage

Le curettage que l'on a appelé râclage, grattage curage a depuis bien longtemps été mis en pratique pour venir en aide à l'incision; il consistait à enlever à la curette tous les corps étrangers qui se développent dans les gaines atteintes de synovites.

La Société de chirurgie 1881, t. VII, p. 751, rapporte que M. Trélat disait : D'ailleurs c'est la guérison des surfaces pathologiques qu'il s'agit d'obtenir. Pour qu'elle fût très rapide il faudrait pratiquer le grattage de ces surfaces.

On lit : Page 405. Obs. résumée de M. Polaillon.

H..., 20 ans, synovite fongueuse de la gaine des fléchisseurs de la main droite. Incision, râclage, traitement antiseptique.

Après avoir essayé sans succès les badigeonnages de teinture d'iode, la compression. La bande d'Esmarch est appliquée et une incision est faite au dessus du ligament annulaire

raclage exact des fongosités avec curettes droite et courbe, quelques sutures métalliques et pansement de Lister. Guérison au bout d'un an.

Ignipuncture.

L'ignipuncture consiste dans la pénétration profonde dans les tissus de la pointe d'un thermo-cautère chauffée à blanc, puis de recouvrir la région avec des compresses d'eau froide que l'on renouvelle souvent dans les premières heures qui suivent, ou d'une vessie de glace.

Son action a pour but de déplacer l'inflammation qui siège en un point où elle peut être dangereuse pour la déterminer en un autre point où elle est inoffensive.

Guillaud 1875 la préconise dans sa thèse.

Duploux, *Bulletin Général de Thérapeutique* 1875, p. 533, la résume ainsi :

« Evacuer les corps hordéiformes par une ponction simple ou double, attendre la cicatrisation des plaies résultant de la ponction pour appliquer l'ignipuncture et ne pas tarder trop longtemps à mobiliser artificiellement les tendons par la faradisation et par les mouvements communiqués, telle me paraît être la marche à suivre. »

Obs. de M. Duploux, dans le même *bulletin*, p. 530, résumée.

M^{lle} L..., 21 ans, portait en 1873 une tumeur en bissac au

dessus du poignet, après échec d'une ponction simple et badigeonnages de teinture d'iode ; elle fut incisée par Dolbeau qui exprima des corps hordéiformes et fit un pansement occlusif. La tumeur se reproduisit avec flexion des doigts ; la région palmaire était mince et violacée, de nouvelles incisions donnèrent issue à des grains hordéiformes, puis scarification du sac. Quand l'inflammation fut calmée, des pointes de feu furent appliquées et petit à petit la tumeur a régressé en un mois. On fit des mouvements et de la faradisation et de l'exercice de piano. Les mouvements revinrent presque complètement en deux mois.

Nous empruntons à M. Julliard, de Genève, l'observation suivante :

Synovite tendineuse suppurée des tendons de l'extenseur commun des orteils. Ignipuncture. Guérison.

« La nommée D..., 16 ans, porte depuis trois mois une tumeur à la face dorsale du pied qui présente trois ouvertures fistuleuses. On en fait sortir des grains riziformes. Je pratiquai en quatre séances 24 ponctions incandescentes qui amenèrent promptement la guérison sans réaction. »

La malade n'a pas été revue, que sont devenus les résultats ? surtout au point de vue de la fonction et de la vitalité des tendons que l'ignipuncture compromet souvent.

L'ignipuncture a l'inconvénient d'effrayer les malades et de causer de la douleur puisqu'on la pratique sans anesthésie, quelquefois sous le chloroforme. Elle laisse des cicatrices nombreuses et désagréables, elle exige beaucoup de temps, puis elle a aussi déterminé des suppurations diffuses des hémorrhagies et l'apparition d'érysipèle des lésions des vaisseaux et des nerfs (Julliard, obser. 9 et 11). C'est par extension que cette méthode a été employée au traitement des synovites ; car Richet l'avait imaginée pour le traitement des tumeurs blanches des ostéo-périostites chroniques. Sur 11 observations que Julliard publie il n'y en a que 3 qui portent la mention guérison.

Séton. — Drainage.

Dans ses leçons orales, Dupuytren disait : « Lorsqu'on se décide à faire l'ouverture de ces kystes, on doit pratiquer une incision longue sur chaque moitié de la tumeur. Il suffit, en effet, de se rappeler la disposition anatomique des parties. Au cou-de-pied, mais surtout à la face palmaire du poignet, les kystes sont développés sous des aponévroses, au milieu de tendons, de vaisseaux, de nerfs nombreux, au milieu d'un tissu cellulaire fibreux. Dès lors, si l'on n'a fait qu'une petite ouverture, le gonflement produit par l'inflammation suppurative des parois du kyste, détermine presque constamment un étranglement. De là, nombreux foyers de suppuration et de nombreuses

fusées, quelquefois une inflammation phlégmoneuse de tout le membre et enfin la mort. On évite, au contraire à coup sûr la cause la plus fréquente de ces inflammations en ayant le soin d'ouvrir à la fois par une large incision les deux moitiés du kyste; aucun étranglement ne saurait alors avoir lieu, l'inflammation suppurative s'établit et se termine le plus souvent sans accident. Ces incisions pratiquées, le liquide sorti et le kyste débarrassé de ses corps opalins qui peuvent être fort nombreux, une mèche de charpie doit être introduite entre les lèvres de chaque incision. »

On lit, page 43 : « J'ai quelquefois passé un séton de l'une à l'autre ouverture; mais j'ai renoncé à l'emploi de ce moyen que je crois inutile et dangereux.

L'incision et la suppuration sont donc les seuls moyens d'obtenir la guérison de ces tumeurs. »

Michon P. 41 rapporte une obs. de Boyer. Une tumeur en bissac du dos de la main et du poignet à grains riziformes.

Traitement. - Incision, séton; complications, trajet fistuleux, puis érysipèle local. - Durée 4 mois.

Dans une discussion, *Société de chirurgie* 1881, t. VII, p. 751, M. Verneuil dit : « Le drainage est loin d'être aussi inoffensif que l'a dit M. Despres. C'est après avoir passé un tube de l'avant-bras à la paume de la main, que j'ai vu survenir sur une femme de mon service, hôpital Lariboisière des accidents qui ont mis sa vie en danger pendant plusieurs mois. »

M. Trélat pense que la suture et le drainage ne sont pas indispensables.

M. Després dit : « Que les désordres occasionnés par l'incision des kystes ont cessé dès qu'on les a drainés. »

M. Nicaise dit : « Il est inutile de passer un drain de l'avant-bras, à la paume de la main ; en mettant simplement un tube dans chaque portion de la poche, on évite la suppuration. Celle-ci, j'en suis convaincu, n'est pas nécessaire pour la guérison. »

M. Notta est aussi d'avis de fixer un bout de tube dans chaque incision.

On a conseillé le séton pour déterminer l'oblitération des kystes jouant le rôle de corps étranger. Acrel, *Mémoire des sciences de Gottingen* 1780, s'en est trouvé satisfait. Michon et Gosselin (Clin. de la Charité) citent deux guérisons mais avec des adhérences très solides qui déterminent la main en griffe. « C'est un moyen difficile à manier, incertain dans ses effets et qui place le malade entre deux inconvénients ; celui d'une excitation trop faible, insuffisante pour que l'adhésion s'établisse entre les parois du kyste et celui d'une inflammation trop forte qui devient l'origine d'accidents graves. » *Comp. chirurg.* mot « kyste ».

Faucon, *Gazette des hôpitaux*, p. 101 admet que le drainage est moins dangereux que le séton.

Incisions sous-cutanées.

Les incisions sous-cutanées simples ou multiples ne

sont pas favorables au traitement des kystes synoviaux parce qu'ils se vident difficilement de leur contenu par ce procédé surtout des grains riziformes, ensuite on est exposé à léser des vaisseaux ou des nerfs ou des tendons. Si on leur attribue quelques succès elles possèdent de nombreux revers car c'est un moyen aveugle et dangereux.

Excision.

L'excision consiste à enlever au bistouri et aux ciseaux une partie de la poche kystique et de son contenu.

L'excision, dit Legouest lorsqu'elle est bornée, nous semble devoir être mise au même rang de gravité que l'incision.

Soc. de Chir. 1881, t. VII (obs. résumée de M. Halmagrand):

Le malade a 40 ans il présente au poignet droit une petite tumeur. Il fut pratiqué l'incision des téguments et le nettoyage complet de la poche puis son excision dans toute son étendue non adhérente au tendon ensuite lavage soigné à l'eau phéniquée forte, drainage et pansement de Lister complet. Trois jours plus tard suppression de drainage et renouvellement des pansements. En moins de trois semaines la plaie était absolument cicatrisée sans qu'il se fût produit une goutte de pus. Le malade revu 6 mois après était complètement guéri et sans la moindre gêne dans les mouvements.

L'irrigation.

Les chirurgiens anciens apportaient une grande confiance à l'irrigation d'eau froide. Hippocrate, Galien, Celse ont publié ses avantages. Lombard 1786, publiait *les Opuscules de chirurgie*, sur l'utilité de la compression et les propriétés de l'eau chaude et froide. Velpeau l'employait avec avantage.

Elle se pratique en suspendant un seau au dessus de la partie à refroidir et à l'aide d'un ou de plusieurs syphons de verre d'un très petit diamètre, l'eau tombe sur la région malade recouverte d'un linge simple pour disséminer l'eau sur toute l'étendue ; le linge est simple pour faciliter l'évaporation et augmenter les pertes de calorique des parties sous-jacentes. Une toile imperméable protège la literie et conduit l'eau dans un vase placé auprès pour la recevoir.

Obs. résumée de M. Bérard. *Arch de méd.* T. VII, 1835.

F..., 17 ans, présente une tumeur en bissac à la face antérieure du poignet après échecs des applications de teinture d'iode de sangsues de l'écrasement. On fit l'incision et puis soumis immédiatement à l'irrigation continue pendant six jours, puis par intervalle pendant cinq jours, ensuite des pansements simples amenèrent bientôt la cicatrisation.

TRAITEMENT CHIRURGICAL MODERNE

De l'Extirpation.

Comme nous l'avons fait voir, il y a deux objections fondamentales à faire aux méthodes de traitement que nous avons étudiées plus haut :

1° La grande longueur du traitement ; c'est en effet par plusieurs mois qu'il faut compter le temps nécessaire non pas à amener un résultat mais seulement à en constater l'efficacité.

2° Lorsqu'ils échouent, ces moyens ont permis de causer le plus souvent une aggravation profonde de la lésion.

Dans certains cas, c'est un abcès froid qui s'est substitué aux fongosités alors que celles-ci semblaient disparaître ; dans d'autres, le traitement a amené une sclérose du tissu conjonctif péri-tendineux et c'est là son but, mais le résultat n'a été obtenu qu'imparfaitement, des fongosités persistent en certains points et la fonction des tendons est compromise sans qu'il y ait pour cela guérison.

C'est pour ces raisons, que selon nous, l'extirpation des synovites fongueuses ne doit pas être considérée comme une ressource ultime capable de sauver la situation lorsque les autres moyens thérapeutiques ont échoué ; elle doit être envisagée comme la méthode de

choix applicable dès le début et capable de donner des résultats merveilleux tant au point de vue de la rapidité de la guérison que de la restauration fonctionnelle. C'est alors qu'elle comporte tous ses avantages : facilité extrême de la dissection des fongosités, réunion primitive régulière, pas de tissu fibreux et partout pas d'adhérence, retour intégral des fonctions au bout de quelques semaines. Mais si on intervient à une période avancée de l'affection, l'intervention opératoire perd ses avantages de simplicité ; elle devient plus laborieuse, plus minutieuse et la certitude est moins grande d'une ablation totale de tout le tissu tuberculeux.

Dans les conditions d'intervention s'adressant à des synovites fongueuses récentes, l'opération que nous allons décrire s'exécutera sans aucune difficulté : nous prendrons pour exemple une de ces synovites fongueuses de la face dorsale du poignet qui sont les plus fréquentes.

Le membre est hémostasé à l'aide de la bande d'Esmarch dont le garrot est appliqué sur le bras.

Une injection de cocaïne au 1/10^e est pratiquée au niveau de la tumeur sous la peau et tout autour des fongosités ; on aura recours de préférence aux solutions diluées suivant le procédé auquel les Allemands ont donné le nom de méthode de Schleich.

Dans ces conditions, grâce à la bande d'Esmarch, l'anesthésie peut persister un temps indéfini.

La peau et le tissu cellulaire sont incisés dans toute la longueur de la masse fongueuse, en général pa-

rallèlement aux tendons en évitant autant que possible les veines et les filets nerveux principaux. On voit alors par transparence à travers les dernières lames celluleuses qui les recouvrent, les fongosités avec leur aspect translucide presque gélatiniforme parfois le ligament annulaire ou ses débris les brident et leur donnent une forme plus ou moins lobée. En exerçant sur elles des pressions on voit qu'elles se meuvent au milieu du tissu cellulaire qui les entoure comme si elles-mêmes étaient-entourées d'une synoviale, en effet, ce tissu incisé, en les soulevant avec une pince on arrive souvent à les séparer sans grande peine et à les isoler. Autour du tendon, leur adhérence est beaucoup plus ferme, il faut les détacher peu à peu à l'aide de fins ciseaux, parfois gratter celui-ci avec le tranchant du bistouri ou le frotter avec une compresse rude. Il est des cas où le tissu fongueux pénètre entre les faisceaux tendineux en les dissociant, et c'est un véritable petit curettage qu'il faut faire dans ces interstices avec la pointe du bistouri. Un aide écarte les tendons disséqués, et tous sont ainsi complètement dénudés. Aucun caustique n'est utile pour achever la destruction des fongosités, cependant il paraît avantageux de déposer dans le foyer 1 ou 2 gram. d'iodoforme finement pulvérisé et de l'étendre avec un petit tampon sur toute la surface mise à nue.

Si l'on a eu à couper le ligament annulaire, on le reconstitue à l'aide de quelques points de suture au fin catgut et à moins que l'on ait des doutes sur la

blessure de quelques branches vasculaires importantes, il ne reste plus qu'à suturer la peau sans drainage.

Le pansement est fait assez compressif, et la bande d'Esmarch est enlevée.

Il est sage de renouveler le pansement au bout de 24 ou 48 heures pour s'assurer qu'il n'y a pas d'hématome retenu sous la suture.

Les fils sont enlevés au bout de 10 jours et le 15^e jour tout est terminé et on peut permettre des mouvements progressifs qui bientôt arrivent à l'amplitude normale.

I^{re} Obs. (personnelle). — Hôp. Beaujon mai 1900 : *Synovite fongueuse de la gaine, de l'extenseur commun des doigts* :

L..., caissier, 43 ans, il y a deux mois en ouvrant un tube a senti pendant l'effort un léger craquement dans le 2^e métacarpien de la main droite ; à ce niveau 3 ou 4 jours après la violence apparut une légère tuméfaction sans douleur. Vers le 15^e jour la tumeur s'est étendue sur le dos de la main en causant un peu de gêne et de la douleur. Un mois après le début on fit des pointes de feu jointes à l'immobilisation. Actuellement la douleur est violente dans la région externe de l'avant-bras, la tumeur est ferme étalée sans adhérence à la peau mais difficile à mouvoir sur les parties profondes sauf pendant les mouvements de flexion et d'extension. Le malade préfère une intervention qu'un traitement lent comme les injections sclérogènes qu'en raison de l'étendue, devraient être répétées nombre de fois.

Opération. — Hémostase à la bande d'Esmarch, anesthésie à la cocaïne au centième, incision sur toute la longueur du

3^e métacarpien, mise à nu d'une masse fongueuse gris-rosé qui enveloppe les 4 tendons extenseurs jusqu'au ligament annulaire qu'il est nécessaire de débrider en partie et la masse fongueuse est soigneusement disséquée à la pince et au bistouri. La plaie est frottée à la poudre d'iodoforme et l'incision-suturée sans drainage. Le 9^e jour les fils sont enlevés la réunion est parfaite sans gonflement ni douleur ; la fonction des doigts est rétablie totalement.

II^e Obs. (personnelle). — *Synovite fongueuse de la gaine de l'extenseur propre du petit doigt.*

H..., 34 ans, coureur. Se présente à la consultation de l'hôpital Beaujon pour une tumeur qu'il porte face dorsale de la main droite sur toute la longueur du 5^e métacarpien et du volume d'un gros crayon, la moitié supérieure est plus fluctuante que la moitié inférieure. Elle ne présente aucune adhérence sauf aux tendons extenseurs qui sont très gênés dans les mouvements. Le malade est un peu amaigri, on porte le diagnostic de synovite tuberculeuse. Une ponction exploratrice évacue un demi centimètre cube de liquide séreux et la tumeur ne disparaît qu'en partie, le liquide se reproduit en 4 jours.

Opération. — Bande d'Esmarch, cocaïne. Incision de toute la tumeur qui est facilement isolée du tissu cellulaire lâche qui l'environne, la tumeur est fendue et le tendon soigneusement disséqué et mis à nu dans toute l'étendue du métacarpe. La plaie est frottée avec un tampon saupoudré d'iodoforme et réunie en totalité au crin de Florence. Réunion immédiate le malade a repris son travail le 12^e jour.

III^e Obs. — *Synovite fongueuse de la gaine des fléchisseurs des doigts avec abcès :*

P... , 9 ans, porte depuis 3 mois face antérieure du carpe, une tumeur qui a doublé de volume depuis 15 jours et devenue rouge et douloureuse. Aucun antécédent. La tumeur grosse comme une demi-noix adhère aux tendons fléchisseurs, elle est légèrement mobile dans le sens transversal, et un peu fluctuante.

Opération. — Bande d'Esmarch. Cocaïne. Incision longitudinale de la tumeur, une petite collection purulente est évacuée et la masse fongueuse est extirpée en disséquant tous les tendons et le nerf médian qu'elle entoure. Cautérisation de la plaie avec un tampon imbibé de chlorure de zinc au 10^e et réunion sans drainage. Guérison de la plaie en quelques jours, mais pendant un mois la phalange terminale de chaque doigt a présenté un gonflement non douloureux attribué à un peu de névrite du nerf médian. La guérison s'est maintenue définitivement 2 ans après l'opération.

IV^e Obs. — *Synovite fongueuse de la gaine des tendons fléchisseurs des doigts :*

M... , 75 ans, toujours bien portant, mais tousse un peu depuis l'année dernière ; il a fait une chute il y a trois mois ; un médecin diagnostique fracture du radius et fait du massage ; bientôt une tumeur rouge apparaît au poignet. Une ponction exploratrice donne un peu de liquide louche ; on ne trouve pas trace de fracture. Fluctuation profonde. La tumeur est violacée, de la dimension de 2 fr. et donne l'apparence d'un abcès froid, ce qui n'est pas, car elle est ferme et fait corps avec la peau.

Opération. — Bande d'Esmarch et cocaïne. Il sort à l'incision une cuillerée de liquide séreux et on met à découvert un magma fibreux comme le serait celui d'une péricardite englobant les tendons superficiels et profonds et le nerf médian. Une membrane fibroïde enkyste ces exsudats, elle est disséquée au bistouri et abrasée à la curette. Badigeonnage à la teinture d'iode. La tuméfaction cutanée est lardacée sur la coupe comme du sarcome, elle paraît donc être une gomme tuberculeuse d'innoculation provoquée par la ponction ; elle est excisée en respectant la peau et suturée ; un drain est mis à la partie supérieure de l'incision. L'examen microscopique a confirmé la nature tuberculeuse de ce nodule. Les fils enlevés le 8^e jour, la cicatrisation par réunion primitive se fit bien ; mais pendant deux mois, les mouvements furent douloureux et gênés par du gonflement des articulations des doigts d'apparence rhumatismale, c'était peut-être du rhumatisme vrai ou peut-être une sorte de trouble trophique dû à l'irritation du nerf médian.

V^e Obs. (personnelle). — *Synovite fongueuse de la gaine des tendons extenseurs des doigts :*

D..., 19 ans, modiste, porte sur toute la face dorsale de la main une tumeur étalée sur les tendons extenseurs, y compris ceux du pouce, sans adhérence à la peau ni sensible à la pression ; les mouvements de flexion et d'extension sont gênés et douloureux.

Opération. — 18 février 1898. Bande d'Esmarch et cocaïne 1 o/o. Incision oblique de la tête du 4^e métacarpien à la tabatière anatomique, elle met à nu une masse fongueuse enveloppant les tendons jusqu'au dessous du ligament annulaire qu'il est nécessaire d'inciser en prolongeant l'incision en haut. Les

tendons sont disséqués un à un et la cavité frottée partout à la poudre d'iodoforme. Suture sans drainage. La bande d'Esmarch est enlevée une fois le pansement terminé. Réunion rapide parfaite, retour de tous les mouvements sans adhérence. Il persiste un peu de gêne dans la flexion complète du poignet seulement. La malade, revue après 18 mois, porte sur la main une cicatrice encore visible, mais absolument souple. Les mouvements sont parfaitement conservés sans déformation ni raideur ni faiblesse, seule la flexion du poignet est un peu diminuée en ce qu'elle ne peut dépasser la ligne droite quand le poignet est fermé.

VI^e Obs. (personnelle). — *Synovite à grains riziformes le long du tendon du premier radial externe :*

F. . . , 32 ans, ménagère. Début il y a 18 mois d'une tuméfaction qui a augmenté peu à peu. Actuellement gênante et douloureuse, elle siège sur le côté postéro-externe de l'avant-bras, longue de 10 cent. ; en bas au niveau du poignet un étranglement la sépare d'une seconde tumeur en dehors de la tabatière anatomique de volume d'une demi-noix. On sent la crépitation qui rappelle le bruit de chaînons.

Opération. — Bande d'Esmarch et cocaïne, longue incision sur l'avant-bras et le métacarpe, la poche synoviale est disséquée, elle appartient au tendon du 1^{er} radial externe qui s'éparpille dans sa paroi, les tendons extenseur et abducteur du pouce n'ont avec elle que des rapports de contiguité. En bas la tumeur s'étrangle sous le ligament annulaire qu'il faut couper et accompagne le tendon du 1^{er} radial jusqu'à son insertion. Pour dégager le tendon il faut ouvrir la poche et sacrifier plus de la moitié de l'épaisseur du tendon qui est aminci et

infiltré de fongosités. Ce tendon paraît très affaibli, on le renforce en rattachant les fibres dilacérées à l'aide d'un double fil de soie fine qui sur 4 cent. de longueur remplace la moitié absente du tendon. Suture du ligament annulaire au catgut et de la peau au crin de Florence avec un drain à chaque extrémité de l'incision. La bande d'Esmarch est enlevée une fois le pansement terminé. Suites régulières mais un peu de sang retenu sous la suture est évacué le 3^e jour par pression.

Réunion immédiate sans pus, ni œdème ni douleur.

VII^e Obs. (personnelle). — *Synovite fongueuse de l'index :*

H..., cantonnier, depuis 5 mois a vu apparaître une tumeur à la face externe de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Gênante mais indolente elle est étalée, très peu distincte en raison de l'épiderme épais qui la recouvre, cependant on arrive à la saisir entre les doigts. Elle est grosse comme une noisette, mobile dans le sens transversal fixe dans le sens longitudinal, elle semble un peu adhérer à la peau.

Extirpation à la cocaïne. Guérison.

La tumeur bridée par le tissu sous-cutané est intimement adhérente par toute sa moitié supérieure à la capsule articulaire ou mieux à l'aileron fibreux que le 1^{er} lombical jette sur cette capsule. La tumeur d'apparence sarcomateuse est considérée comme un myélome. L'examen microscopique montre la nature nettement tuberculeuse.

VIII^e Obs. (personnelle). — *Synovite à grains riziformes des extenseur et abducteur du pouce :*

F..., 16 ans, bonne à tout faire, aucun antécédent ; il y a deux ans, il lui survient deux petites grosseurs au poignet et à

la partie inférieure de l'avant-bras. Un masseur essaya en vain de les écraser il y a huit mois. Actuellement la tumeur bilobée masque l'apophyse styloïde du radius et le bord externe de l'os ; allongée, elle commence au niveau de l'interligne trapézo-métacarpien et suit le trajet des tendons extenseur et abducteur du pouce. D'un lobe à l'autre ou se renvoie la fluctuation accompagnée d'un bruit de chaînes. En bas de la tumeur existe un module du volume d'une lentille.

Opération. — Bande d'Esmarch, cocaïne au dixième, incision des téguments et mise à nu du nerf radial et d'une veine qui traversent la plaie en écharpe. Ils sont ménagés avec soin. L'aspect bilobé de la tumeur est dû à un faisceau du ligament annulaire, on le sectionne. La tumeur translucide, facile à disséquer laisse émerger par sa partie inférieure les tendons abducteur et extenseur du pouce ; par sa partie supérieure, les extrémités musculaires de ceux-ci. Elle confine en dedans avec les tendons des radiaux. On incise la tumeur et aussitôt apparaissent de nombreux grains riziformes mêlés à un liquide séreux. La paroi kystique est tomenteuse à sa face interne, épaissie de 2 ou 3 mil., mais on ne voit pas les tendons que l'on est obligé de disséquer dans l'épaisseur de la paroi profonde pour les découvrir. Ils sont intacts sauf le plus interne qui, à sa jonction musculaire, est comme disséqué dans la paroi. La petite nodosité n'est qu'un épaississement de la synoviale. La plaie opératoire est soigneusement nettoyée et refermée ; à sa partie inférieure est placé un petit drain. Le pansement est fait minutieusement, dans lequel on ajoute une attelle. La réunion est immédiate, il existe peu de raideur. La malade, revue un mois après l'opération, ne présente plus aucun trouble fonctionnel.

IX^e Obs. (personnelle). — *Synovite fongueuse des tendons extenseur et fléchisseur des doigts compliquée d'arthrite fongueuse du carpe :*

M. ., 32 ans, maçon. Son poignet a commencé à grossir il y a deux ans et a augmenté de volume petit à petit surtout depuis trois semaines ; il ne peut s'en servir. Actuellement on constate une augmentation de volume de tout le poignet, surtout aux faces antérieure et postérieure, la face antérieure l'est davantage. Son gonflement s'étend dans la paume de la main du côté cubital, près du petit doigt. La tuméfaction douloureuse à la pression est de consistance fongueuse. Des pressions alternatives au poignet et dans la main, produisent un bruit de chaînes très net. Les mouvements imprimés au carpe sont très douloureux et ceux des doigts sont à peu près conservés. On diagnostique arthrite fongueuse du poignet, synovite fongueuse des extenseurs, synovite à grains riziformes des fléchisseurs du poignet et de la main. Aucun antécédent, mais le malade a eu une bronchite il y a quatre ans et tousse toujours. A l'auscultation on constate des lésions manifestes du sommet droit caractérisées par un souffle tubaire et des râles sous-crépitants. Comme les altérations des os ne paraissent pas considérables, bien que celles des parties molles le soient extrêmement, on tente une résection du poignet, accompagnée de l'extirpation de toutes les fongosités synoviales. Anesthésie au chloroforme. Hémostase à la bande d'Esmarch.

Opération. — 1^{er} temps, incision dorsale et dissection méthodique de tous les tendons extenseurs baignés par les fongosités. 2^o temps, ouverture du carpe, extirpation de tous les os, résection des surfaces articulaires des os de l'avant-bras, excision et grattage de toutes les fongosités doublant la synoviale

articulaire ; la base des métacarpiens ne paraît pas envahie. 3^e temps, longue incision sur l'avant-bras, le poignet et la paume de la main, le nerf médian apparaît presque sous-cutané repoussé en avant par les fongosités, il est disséqué et écarté, section du ligament annulaire et dissection de tous les tendons jusqu'à l'arcade palmaire où s'arrêtent les fongosités. La dissection minutieuse est faite entre les deux plans tendineux et jusqu'au voisinage des os du métacarpe et de la capsule articulaire du poignet. De nombreux grains riziformes s'échappent de la loge intertendineuse. Toutes les surfaces sont écouvillonnées avec une compresse imbibée de chlorure de zinc au 10^e et saupoudrées à l'iodoforme. Un drain passe de part en part dans le poignet en traversant la capsule. Aucune hémostase n'est nécessaire après l'ablation de la bande d'Esmarch. Le carpe se rapproche bien de l'avant-bras. Un plâtre est appliqué sur le volumineux pansement. Guérison sans la moindre réaction. Le premier pansement a été fait le 15^e jour et le drain enlevé. Le malade est sorti au bout d'un mois en très bon état, toutefois les mouvements des doigts étaient peu énergiques. Le malade a été revu un an après, le poignet est resté complètement guéri, mais les mouvements des doigts sont restés très limités et l'articulation trop lâche. La tuberculose pulmonaire a fait des progrès évidents.

CONCLUSIONS

1° Il est démontré que les synovites à grains rizi-formes et fongueuses sont de nature nettement tuberculeuse, donc le traitement le plus efficace doit être appliqué dans toute sa vigueur.

2° Tous les différents modes de traitements auxquels on s'est livré trop longtemps n'étaient que palliatifs, il ne pouvait en être autrement.

3° Ils avaient presque toujours pour conséquence la perte de la fonction, quelquefois l'amputation qui, dans certaines circonstances, entraînait la mort.

4° Ce serait donc perdre un temps précieux, pendant lequel l'affection s'aggrave, de s'arrêter à ces moyens inefficaces.

5° C'est à l'Extirpation et d'une façon précoce que nous croyons utile de recourir, puisque avec la méthode antiseptique, elle ne présente plus de danger, qu'elle ne laisse aucun trouble fonctionnel, qu'elle récidive très rarement quand l'intervention est bien faite.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bégin.* — 1834, Dict. de méd. et chir. pratique, t. VIII, p. 629.
Bidard. — De la synovite tendineuse chronique. Thèse Paris 1858.
Bérard. — Archives de méd., 1835.
Bonnet. de Lyon. — Bull. de Thérap., 1852.
Championnaire. — Dict. de méd., 1836.
Dictionnaire Dechambre.
Dupuytren. — Leçon de clin. chir., 1839.
Encyclopédie méthodique 1790.
Faucon. — Bull. Soc. chir., 1874-1882.
Fayolle. — Des kystes synoviaux tendineux à gr. riziformes. Th. Paris, 1874.
Gosselin. — Mém. de l'acad. de méd. Paris, 1852.
Godemel. — Traitement des kystes synoviaux. Th. Paris, 1878
Guillaud. — Th. Paris, 1875.
Halmagrand. — Soc. de chir., 1881.
Humbert. — Bull. Soc. chir. 1882.
Julliard de Genève. — Bull. Soc. méd. Suisse romande, 1874.
Lannelongne. — Bull. méd. 1891.
Legouest. — Thèse d'agrég., 1857.
Michon. — Thèse d'agrég., 1851.
Nélaton. — Gaz. des Hôp. 1851-52.
Nicaise. — Poulet-Vaillard, Rev. de chir., 1885. Soc. de chir. 1881.

Notta. — Bull. de la Soc. de chirur., 1881.

Poisson. — Gaz. méd. Nantes 1891, p. 37,

Schwartz. — De la nature tub. de la syn. à gr. riziformes.
Rev. gén. clin., 1889.

Terrier et Verchère. — Revue de chir. 1882.

Verneuil. — Bull. Soc. de chir., 1881.

Wallich. — Soc. biol., 1888.

